

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1921

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Paul ZAHAREANU

Né le 22 Mars 1895 à Bucarest

LA

DÉFORMATION DE LA NARINE

DANS LE

BEC-DE-LIÈVRE UNILATÉRAL TOTAL

Président : M. CUNÉO, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE

LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1921

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESEUR : M. POUCHET

PROFESSEURS.

MM.

Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNEO
Physiologie.	Ch. RICHET
Physique Médicale	André BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BESANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	Marcel LABBE
Pathologie médicale	RÉNON
Pathologie chirurgicale	LECENE
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
	ACHARD
Clinique médicale.	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
	MARFAN
	NOBECOURT
Hygiène et clinique de la première enfance	DUPRÉ
Clinique des maladies des enfants	JEANSELME
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	P. MARIE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	TEISSIER
Clinique des maladies du système nerveux	DELBET
Clinique des maladies contagieuses.	GOSSET
Clinique chirurgicale.	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements	GOUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique	J. L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile.	Aug. BROCA
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino laryngologie	SEBILEAU

Agrégés en exercice

MM.

ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LEMIERRE	REITTERER
BASSET	GARNIER	LEQUEUX	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEREBoullet	RICHAUD
BLANCHETIÈRE	GREGOIRE	LERI	ROUSSY
BRANCA	GUILLEMINOT	Le LORIER	ROUVIERE
CAMUS	GUENIOT	LEVY SOLAL	SCHWARTZ A.
CHIRAY	GUILLEMIN	MATHIEU	TANON
CHAMPY	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHEVASSU	JOYEUX	MOCOQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE (Henri)	MULON	VILLARET
DESMAREST	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DEBRE	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON CHER RELLY (*in memoriam*)

A MA FEMME ET FILLE CHÉRIES

A MES BONS ET CHERS PARENTS

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNÉO

*Qui nous fit le grand honneur
d'accepter la présidence de notre
thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR V. VEAU

Chirurgien des Hôpitaux

*Qui nous a accueilli avant tant
de bienveillance et a mis à notre
disposition ses documents et
observations.*

*Respectueusement nous lui dé-
dions ce travail*

A MES CAMARADES
DU 64^e BATAILLON DE CHASSEURS ALPINS
A CEUX QUI SONT MORTS, A CEUX QUI RESTENT

PRÉFACE

Nous avons entrepris ce travail sur les conseils de M. le docteur Veau, chirurgien de l'hôpital des Enfants Assistés. Qu'on pardonne à notre jeunesse et à notre inexpérience, d'avoir osé aborder un petit point bien spécial. Mais ce travail est le résultat d'une collaboration très étroite avec notre maître. Tout ce que nous disons est le fruit de sa longue expérience. Notre texte a été élaboré en commun.

Monsieur Veau prend la responsabilité de tout ce qui est dit ici.

INTRODUCTION

Dans le traitement du bec-de-lièvre il y a deux points à considérer : la lèvre, le nez. Pour la lèvre, nous sommes en possession d'une méthode chirurgicale que l'on peut regarder comme définitive ; par le procédé de M. Jalaguier (1) on refait toujours et facilement une lèvre parfaite.

Ce procédé est venu après bien d'autres, il a réuni les avantages des procédés de ses devanciers et en a corrigé les défauts. Nous estimons que la période de discussion entre Malgaigne, Mirault, Dupuytren, Clémot, Trélat, Giraldès, etc., etc., est définitivement close ; elle appartient à l'histoire.

Pour le nez, le problème se pose d'une façon toute différente. Souvent dans la forme simple et toujours dans la forme complète des becs-de-lièvre, l'enfant qui a été opéré conserve un nez disgracieux.

(1) Ce procédé consiste essentiellement dans la taille d'un lambeau cutané interne qui s'applique sur un avivement externe. Incision perpendiculaire de tout le bord de la muqueuse.

Voir article de M. Veau. Traitement du bec-de-lièvre unilatéral, (*Presse Med.* du 6 novembre 1910 p. 825).

Perle. *Thèse de Paris* 1910-11.

Les chirurgiens qui veulent nous montrer un beau résultat obtenu après le traitement d'un bec-de-lièvre, nous présentent un malade la tête droite. Ils font admirer la lèvre, et s'estiment heureux (Fig. 1). Mais qu'on fasse relever le nez, alors nous apercevrons une déformation très marquée (Fig. 2).



Fig 1

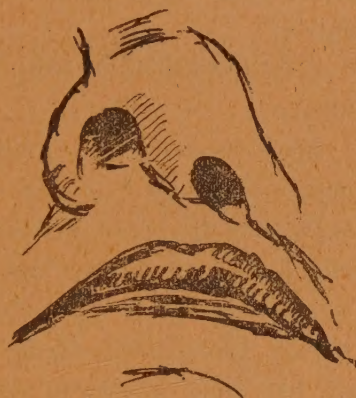


Fig 2

Bec de lièvre total. Obs. n° 4. Pour montrer comment la déformation apparaît quand l'enfant lève la tête

C'est à l'étude de cette déformation que nous nous sommes attachés.

Dans un premier chapitre nous étudierons en quoi consiste la déformation et quelles sont ses différentes modalités.

Dans un second chapitre nous rechercherons quelles sont les causes anatomiques de la déformation. Les conclusions auxquelles nous arriverons serviront de base à la recherche

d'un traitement, ou plutôt d'une méthode thérapeutique rationnelle.

Cela sera l'objet de notre troisième chapitre où nous étudierons :

a) Les procédés qui doivent être employés lors de la première intervention pour éviter les déformations secondaires.

b) Le traitement de cette déformation quand elle s'est formée.

Nous insistons sur ce fait que la déviation du nez n'a jamais fait l'objet d'un travail d'ensemble. Tous les auteurs, et ils sont nombreux, qui ont décrit des procédés, se sont plus occupés de la lèvre que du nez. Nous n'avons trouvé aucun article qui ait pour objet la déformation qui nous intéresse. Seul M. Ombrédanne (1) en 1910 décrit la déviation du nez dans le bec-de-lièvre unilatéral simple. Il est regrettable qu'il n'ait pas poussé plus loin son étude.

(1) Ombrédanne. Le bec-de-lièvre simple incomplet et l'hypoplasie de l'orbiculaire (*Revue d'orthopédie*, 1910 p. 143).

NATURE DE LA DÉFORMATION

Nous tenons bien à préciser que nous n'étudierons ici que les déformations du nez *après l'opération* et nous nous bornons à l'étude du bec-de-lièvre unilatéral total.

Nous ne nous occupons pas comment fut le nez avant l'opération. Nous le regardons plusieurs mois ou plusieurs années après l'opération et nous décrivons ce que l'on voit.

On va nous objecter que l'état du nez dépend de l'opération qui a été faite. C'est absolument faux. Les déformations existent toujours semblables à elles-mêmes. Nous avons 36 observations de becs-de-lièvre opérés par des chirurgiens les plus divers. La déformation est toujours identique.

Nous avons acquis la conviction que cette déformation est indépendante de l'opérateur et de l'opération. Peut-être en est-il ainsi parce qu'en France on opère selon Mirault et ses imitateurs. Mais ce qui est certain c'est que les déformations se produisent, toujours les mêmes, comme nous en avons de nombreux exemples (1). Soit que la lèvre a été mal faite,

(1) Veau et Rupp. De la correction du bec de lièvre unilatéral. *Presse Med.* 23 avril 1921.

soit qu'elle a été reconstituée dans la perfection, comme cela découle des nombreuses observations de MM. Jalaguier et Veau.



FIG. 3 (Obs 2)

Naturellement, la déformation a ses degrés différents. Après le traitement du bec de lièvre simple elle existe peu accentuée mais elle existe presque toujours si on n'a pas eu soin de réséquer largement le

seuil narinaire. Mais c'est dans le bec-de-lièvre unilatéral total qu'elle atteint son maximum.

1° Dans la forme la moins accentuée c'est plutôt une asymétrie qu'une déformation. Elle siège principalement sur la cloison qui est déviée vers le côté sain. Il s'ensuit que la na-



FIG. 4 (Obs 11)

rine saine est fortement oblique en arrière et en dehors, tandis que la narine du côté de la fente tend à devenir

transversale ; les axes des deux narines au lieu d'être presque parallèles, tendent à se croiser en angle presque droit (Fig. 3).

Dans le bec-de-lièvre unilatéral total on observe cette asymétrie même dans les cas où l'opération a donné un très bon résultat.

2° Dans une seconde variété la narine est très étalée (Fig. 4). Elle a sa direction franchement transversale, elle est toujours allongée, et fortement élargie. L'aile du nez est refoulée en dehors et très étalée sur la face. On aperçoit souvent en dedans de l'orifice narinaire sain une surface plus ou moins large de peau qui recouvre le squelette. (Fig. 8, p. 29).



RENÉ L.

Fig. 5. (Obs. n° 16)

3° Quand la déformation est plus accentuée, le cartilage de l'aile s'affaisse, et son bord antérieur au lieu d'être arrondi s'incurve et devient fortement concave.

Tout ceci c'est pour l'orifice narinaire, mais le nez lui-même dans sa totalité est déformé, déformation minime chez l'enfant qui vient d'être opéré, mais plus accentuée avec l'âge. Il y a toujours une déviation du nez vers le côté sain.

La déformation de la cloison nasale est constante, elle se fait toujours à convexité tournée du côté de la fente.

Nous n'avons jamais observé une déviation du côté inverse (Voir l'obs. n° 14). Dans un de nos cas elle faisait une telle saillie que nous avons pensé à un polype (Fig. 6).

Tout ce qui vient d'être dit nous l'avons observé chez des enfants vivants qui avaient été opérés.



FIG. 6. (Obs. 14)

Il y aurait une étude intéressante à faire en disséquant les pièces anatomiques. Nous n'en avons pas eu à notre disposition et nous ne croyons pas qu'un auteur ait décrit l'état anatomique d'un bec de lièvre opéré.

Nous avons examiné deux squelettes d'adulte au musée Dupuytren, porteurs d'un bec-de-lièvre non opéré. Nous avons été frappé par la déviation des os propres du nez du côté sain, par l'incurvation de la cloison du côté fendu et par la déviation vers le côté sain de l'épine nasale du maxillaire supérieur.

CAUSES DE LA DÉFORMATION

C'est avec une grande appréhension que nous abordons ce chapitre, car pas un de nos devanciers ne s'y est aventuré. Ce sont les idées de M. Veau que nous allons exposer ici.

Cependant ce chapitre a une très grande importance car il peut servir de prémisses à des conclusions thérapeutiques.

Le problème se pose ainsi : on opère un enfant d'un bec-de-lièvre, on fait une narine bien symétrique. On revoit l'enfant un mois après. La déformation existe dans toute son horreur. Pourquoi le nez est-il dévié ?

Dire que la nature ait toujours tendance à reproduire la malformation primitive, c'est se payer de mots, et ce n'est pas vrai. On a une belle lèvre bien intacte, on a une narine étalée. La nature aurait perdu ses droits sur la lèvre pour les garder sur la narine. Pourquoi ?

Sans doute parce que nous avons un bon procédé pour la lèvre, mais pourquoi notre procédé est-il mauvais pour la narine ?

Nous allons passer en revue différentes hypothèses en cherchant à les discuter avec les précisions anatomiques. Probablement que les causes sont multiples, mais de la discussion de ces différentes causes nous pourrions peut-être essayer de préciser quelles sont les causes principales et les causes accessoires.

Rôle du squelette

1) Dans le bec de lièvre unilatéral total on a décollé fortement la narine au thermo, ou au bistouri, pour pouvoir la ramener en dedans. Peut-être la narine cherche-t-elle à répandre son contact osseux, son point d'appui solide.

Je crois que le rôle du squelette est nul. *La narine n'a aucune adhérence à l'os.* Elle s'étale sur les parties molles, avec les parties molles. La preuve en est qu'elle se mobilise complètement sur le squelette, elle déborde le squelette. On aperçoit dans la narine bien en dedans de l'aile du nez la saillie du squelette (Voir fig. 5).

Quand on voit avec quelle rapidité le squelette se transforme après l'opération, on comprend mal pourquoi ce squelette qui s'adapte très vite quant au rebord alvéolaire ne s'adapte pas quant à la narine. En quelques semaines une fente de 2 cent. de large est réduite à 3-5 millimètres, et c'est pendant ce temps que la narine qui était rapprochée, déborde le squelette.

Dans l'étalement de la narine le rôle du squelette est nul.

Rôle de la rétraction cicatricielle

Quand on a décollé la narine, on a créé une zone cruentée, de 2 cm. de large, de 1 cm. de hauteur, environ. Cette zone profonde évolue sans qu'on puisse la voir. Il est probable qu'elle se cicatrise par seconde intention et il est possible que la cicatrisation amène une rétraction, et que cette rétraction contribue à l'étalement de la narine.

En fait, je crois que son rôle est tout à fait insignifiant. Quand on supprime cette cicatrisation secondaire par une suture profonde, l'étalement se produit exactement dans les mêmes conditions.

Si c'était la rétraction cicatricielle qui provoquât l'étalement, il serait tardif, progressif. Or, l'étalement de la narine se produit vers la fin de la première semaine, quand on enlève les fils. Il est rapide et définitif. En quelques semaines il est constitué et reste tel.

D'autre part si c'était la rétraction cicatricielle cause de cet étalement, on devrait avoir dans les cas suppurés un étalement plus marqué. Il n'en est rien.

Il est évident que nous devons avoir comme objectif d'obtenir une cicatrisation par première intention. Nous devons chercher à supprimer cette rétraction cicatricielle, mais ce n'est pas par ce moyen que nous obtiendrons une narine normale.

Nous estimons que le rôle de la cicatrisation est un rôle accessoire dans la plupart des cas.

Rôle de la contraction musculaire

Voilà, pour nous, la véritable cause du relâchement de la narine.

Il y a un groupe musculaire puissant qui s'attache à l'aile du nez. Ce sont ces muscles qui tirent sur l'aile du nez et provoquent l'étalement.

Il faut se représenter que nous opérons des enfants qui n'ont pas de sensibilité. D'autre part nous suturons des muscles qui ont une fréquence d'action et une puissance de contraction dont on peut à peine se faire une idée.

Si les enfants sentaient pendant la période de cicatrisation ils immobiliseraient leur face. Il n'en est pas ainsi. Il suffit de regarder un enfant le soir ou le lendemain de l'opération, les mouvements de la face sont continus. C'est un facteur dont on ne s'est pas rendu compte.

L'époque de l'étalement de la narine est un argument en faveur de notre hypothèse. On refait par l'opération une belle narine, on met généralement un point profond au-dessous de l'aile du nez. Ce fil coupe toujours vers le 3^e, 8^e jour, et on est obligé de l'enlever. C'est à ce moment que l'étalement se produit. Tant que ce fil était là, ils s'opposait à l'action musculaire ; quand il est coupé, le muscle tire, il arrache ce qu'il peut. Les lèvres de la plaie ne s'écartent pas car la peau est déjà cicatrisée, c'est la profondeur qui cède, l'aile du nez est reportée en dehors.

Voici un fait qui a été pour nous particulièrement intéressant et a contribué à établir notre hypothèse.

En 1914, M. Veau opère un enfant qui avait un bec-de-lièvre unilatéral total à gauche. L'écart était à son maximum, la fente admettait le petit doigt. Cet enfant portait en même temps une fente insignifiante du côté droit, une simple petite encoche avec aplasie des muscles comme on voit toujours.

L'opération a été faite comme à l'ordinaire du côté gauche. On pouvait s'attendre à voir de ce côté, l'étalement typique de la narine et cet étalement devait être considérable, car l'écart



FIG. 7 (Obs. 23)

de la fente était à son maximum. Nous voyons cet enfant 5 ans après (fig. 7). La lèvre gauche est parfaite, on ne se douterait pas qu'il fût opéré. La narine est symétrique. Il n'y a aucun étalement, seulement la fente droite s'est élargie et l'encoche de la muqueuse s'est étalée. La brèche musculaire est très apparente.

Nous avons interprété le fait de cette manière. Quand la lèvre a été suturée, comme à l'ordinaire, le muscle orbiculaire est entré en action. Il tirait en dehors la narine, et le bloc musculo-conjonctif inerte du tubercule médian ; mais dans ce cas il tirait sur un bloc, qui a cédé parce qu'il n'était pas, comme à l'ordinaire, formé par la puissante masse de l'orbiculaire sain. Ce qui a cédé, ce n'est pas la narine (d'où étalement) c'est la fente musculaire du côté opposé, fente qui s'est étalée.

Nous sommes arrivé à cette conclusion : que l'étalement de la narine est le fait de la contraction synergique des muscles de deux côtés de la fente. Dans le cas dont nous parlons la cloison est restée médiane, la narine est restée symétrique, le résultat a été parfait parce que le muscle du côté opposé ne pouvait exercer son action.

Nous arrivons donc à accorder un rôle de première importance à la contraction de l'orbiculaire du côté sain.

La preuve nous est donnée par la déviation de la cloison du côté sain, et nous avons vu que cette inclinaison est un facteur important de l'asymétrie.

D'où cette conclusion thérapeutique : Pour avoir une bonne narine qui ne se déviera pas, pour avoir un nez symétrique ; *il faut supprimer l'action de l'orbiculaire sur l'aile du nez et sur la cloison.*

Telles doivent être les directives qui nous guideront pour établir une thérapeutique rationnelle de l'asymétrie nasale.

TRAITEMENT DE LA DÉFORMATION

Tout ce que nous avons exposé jusqu'ici c'était pour arriver à ce chapitre. Pratiquement, ce problème se pose pour le chirurgien, dans deux conditions essentiellement différentes.

1°) C'est un enfant non opéré, comment doit-il s'y prendre pour éviter l'étalement de la narine.

2°) C'est un enfant opéré depuis des mois et des années la narine est étalée, que faut-il faire pour la corriger.

1° Traitement préventif de l'étalement de la narine

Quels sont les meilleurs procédés de l'opération du bec-de-lièvre, pour prévenir l'étalement de la narine ? On peut dire qu'il y a peu ou pas de bons procédés. Les bons chirurgiens qui se sont occupés de cette question, comme M. Jalaguier, n'ont pas su éviter ce gros écueil. Ce n'est pas nous qui pourrions avoir la prétention de dire ce qu'il faut faire.

Nous voulons cependant serrer un peu le problème.

Il y a un fait certain, le procédé de M. Jalaguier et autres sont inefficaces quant à la narine.

Passons en revue ce qui a été fait par les autres chirurgiens en France et à l'étranger.

Naturellement nous n'avons pas le résultat des chirurgiens étrangers, nos critiques seront faites d'après ce que nous connaissons des procédés français et d'après les idées théoriques. Nos critiques, pour être valables, demandent l'épreuve des faits.

Giraldès (1) en France (1865) dont on parle toujours à propos de la narine, a décrit un procédé qui respecte l'étalement de celle-ci, car il prend un lambeau muqueux sur la fente et la fait basculer transversalement.

« En détachant la lèvre au moyen d'une incision, on laisse après la réunion un bord saignant, correspondant à l'ouverture de la narine. Mais en appliquant un petit lambeau interne sur ce bord saignant on donne à la narine un rebord recouvert d'une peau normale ».

Giraldès semble se préoccuper d'avoir une suture qui ne tire pas. Il est probable qu'il avait eu de nombreuses désunions.

En fait ce procédé de Giraldès favorise l'étalement de la narine puisqu'il lui apporte les téguments nécessaires.

Berger (2) a attaché son nom à une opération qui corrige cette difformité.

« Les ailes du nez furent d'abord séparées de la face et de la partie correspondante de la lèvre par une incision intéressant toutes les parties molles ».

« Pour refaire la narine, un petit lambeau triangulaire à

(1) Giraldès *Bull. de mém. et la Soc. de Chirurgie*. 1865, p. 327.

(2) Berger. Bec-de-lièvre complexe. Restauration des lèvres et de l'aile du nez par un procédé nouveau. *Bull. et mém. de la Soc. de Chirurgie*. 1896 p.

Idem. Bull. et mém. de la Soc. de Chirurgie. 7 avril 1902 p. 478.

base externe fut attiré en haut et en avant, et sa pointe fut suturée très haut au bord avivé de la nouvelle sous-cloison. Le bord inférieur fut suturé de manière à border toute la narine et à restaurer sa forme circulaire et à fixer comme il doit être, à la sous-cloison, l'extrémité de l'aile du nez qui se perdait sur la joue ». Le procédé de Berger mérite toute notre admiration.

Kirmisson (1) en 1896, décrit une « Technique opératoire du bec-de-lièvre complexe ».

« Pour obvier au déplissement de la narine et à son étalement sur la joue ».

Au lieu de séparer complètement par une incision transversale l'aile du nez de la portion attenante à la lèvre, je me contente, après avoir libéré ces parties de leurs adhérences au maxillaire, d'imprimer à la lèvre un mouvement de torsion qui fait que le bord de la fente de vertical qu'il était devient horizontal, et sert à reconstituer la narine qui n'est plus étalée ».

« Le bord libre est avivé, on lui applique un lambeau taille à la façon de Mirault (d'Angers) que l'on emprunte à l'autre bord de la solution de continuité » (2).

Il ne nous paraît pas que cette dernière technique soit suffisante à elle seule pour corriger l'asymétrie et l'étalement du nez.

Le Dentu (3) « Avant tout avivement il faut tailler un petit lambeau à la base supérieure et à la pointe inférieure aux dépens de la partie la plus élevée du bord externe de

(1) Kirmisson. *Bull. et mem. de la Soc. de Chirurgie*. Séance du 17 mars 1896, p. 243.

(2) M. Aug. Broca se rallie à la technique de Mirault (Aug. Broca, *Chirurgie infantile*, 1914, p. 893 — Aug. Broca, in Duplay et Reclus, *Traité de Chirurgie*, p. 27.

(3) Le Dentu. *Nouveau traité de Chirurgie*. Fasc. 15 p. 14.

la fente, on fait alors les avivements, puis on relève le petit lambeau en dedans et en haut et on le fixe à la partie supérieure de l'avivement interne, et à la partie postérieure de la sous-cloison avivée ».

« Ce procédé m'a donné un excellent résultat ».

Il nous semble que le petit lambeau de Le Dentu a les mêmes inconvénients que le procédé de Giralès.

Il est une autre catégorie de procédés qui méritent d'être signalés ici. Ce sont ceux qui s'attaquent à l'os.

Bien des chirurgiens ont fait des ostéotomies du maxillaire, du côté opposé de la fente, opération qui a été faite chez des sujets âgés.

Parmi eux, M. Ombrédanne (1) qui propose une intervention osseuse, intervention décrite dans nos classiques.

Cependant il la décrit comme procédé de choix chez les enfants très jeunes. Il la fait dans le but d'éviter la désunion totale.

Nous ne croyons pas que cette ostéotomie soit indispensable pour que les sutures tiennent. Mais il nous semble que cette ostéotomie peut contribuer à faire une bonne narine.

Malheureusement, chez les enfants, cette ostéotomie est d'une grande gravité. M. Ombrédanne ne le cache pas et M. Jalaguier nous a enseigné qu'il ne faut recourir à l'ostéotomie qu'avec une grande circonspection et quand on ne peut pas faire autrement.

Mais comme nous l'avons vu, l'étalement de la narine est dû aussi à l'inclinaison de la cloison. L'ostéotomie bien faite doit redresser cette cloison (2). C'est donc un traitement

(1) Ombrédanne. — Technique Chirurgicale infantile (1912), p. 41.

(2) Nous avons un cas où on a fait l'ostéotomie et il y a un étalement. Voir obs. n° 16.

rationnel s'il est employé dans les cas où cette inclinaison est grande, et si nous n'avons pas à lui en opposer un autre.

Malgré ces avantages, le procédé au point de vue narine doit être rejeté comme procédé du traitement du bec-de-lièvre chez les petits enfants.

*
* *

Parmi les étrangers nous trouvons des procédés que nous allons examiner successivement.

Dieffenbach (1) (1754) décrit son procédé :

« Je pars du bord inférieur de la narine, en contournant l'aile du nez, pour la détacher de la lèvre et de la joue, et je prolonge l'incision ensuite transversalement de deux côtés sur la face ». Cette incision a été décrite par Von Bruns (2) dans son atlas de chirurgie.

Elle ne semble pas avoir répondu aux espoirs de son auteur car Kœnig (3) dit textuellement :

« L'incision onduleuse de Dieffenbach permet de mobiliser aussi bien que possible, la narine, et la suturer au septum, pour former une narine ronde, mais il n'est pas sûr qu'elle restera ».

Samter (4) dit en 1897 : « En commençant de détacher la lèvre supérieure de son frein, j'ai dirigé mes ciseaux en haut et un peu en avant entre la lèvre et le maxillaire, à travers la cloison nasale jusqu'au dos du nez ».

(1) Dieffenbach. Zur Hasenschartenoperation, p. 63.

(2) Von Bruns. *Atlas de Chirurgie*. Thubinghen 1857, pl. VII.

(3) Kœnig. Lehrbuch des Speciellen Chirurgie achte auflage. 1^o Band 1904, p. 388.

(4) Samter. Zur opération des complicirten Hasenscharten, Verhand. lugen der deutsch. Chir. gesellschaft. 25 Kongres 1857., p. 41.

« Après quoi le bout du nez se laissa pousser vers la partie malade et on obtient un relâchement suffisant ».

Sur ce procédé nous reviendrons plus loin. Il sectionne verticalement la cloison cartilagineuse et se propose ainsi de corriger la déviation.

Koenig (1) sectionne aussi verticalement la cloison nasale.

« Il ne se contente pas de la simple mobilisation de la joue et de la narine, et par son procédé : en introduisant sous la lèvre supérieure des ciseaux, fend la cloison jusqu'au bas du nez ».

Kuster (2) en 1905.

« Après avoir mobilisé la narine par une incision, je la contourne, je détache un petit lambeau de la partie la plus interne de l'aile du nez pour la suturer au plus haut point de l'avivement de la lèvre opposée ».

Somme toute ce n'est qu'un Dieffenbach à peine modifié.

*
* *

Arrivé au terme de cette étude, nous devons conclure en indiquant le procédé qui nous semble le meilleur pour éviter la déformation narinaire.

Le procédé de Berger, qui détache la narine en totalité, nous semble le meilleur pour ramener l'aile du nez.

Le débridement transversal de Küster permet d'éviter ou atténuer la traction des muscles de la lèvre.

(1) Lexer. Chirurgische Gesichte, in Handbuch von praktischen Chirurgie, 1905, p. 465.

(2) Kuster Zur operation der complicirten Hasenscharten.
Zentralbl. f. chir. Leipzig 1905 p. 713.

La section de la cloison proposée par Samter, nous semble la meilleure manière de corriger l'inclinaison de la cloison. Mais à la section verticale, nous croyons qu'il est préférable de faire une section horizontale qui donne une mobilisation plus facile.

Etant donné l'importance que nous attachons à la traction des muscles du côté sain nous proposons de lui associer *la section de tous les plans musculaires qui forment le seuil narinaire du côté sain.*

Telle sont les idées directrices qui ont guidé M. Veau, dans ses dernières interventions. Le résultat semble excellent, mais les interventions sont trop récentes pour pouvoir porter un jugement définitif.

Ce procédé permettra en général d'empêcher la déviation dans les cas moyens et chez les enfants jeunes qui n'atteignent pas leur première année. Nous craignons qu'il soit encore insuffisant chez des enfants plus âgés.

Nous avons atteint notre but si nous avons montré au chirurgien que tous ses efforts doivent tendre à obtenir une narine aussi bonne que possible. S'il obtient une lèvre défectueuse, il mérite les reproches des parents, mais si la narine seule est déformée, ceux-ci ne pourront incriminer que l'insuffisance actuelle de nos procédés d'opération.

2. Traitement de la déformation constituée.

Retouche de la narine étalée

Il y a peu d'auteurs qui ont étudié le traitement de la narine étalée.

M. Jalaguier (1) lui a appliqué le procédé de Berger.

« Une par l'incision qui contourne l'aile du nez, on détache complètement celle-ci de la face et de la lèvre correspondante et on la renverse en dedans ».

« La partie postérieure de la sous-cloison est avivée, et la partie voisine de la lèvre supérieure est excisée en triangle à pointe dirigée en bas. Cette excision étant destinée à diminuer l'étendue de la circonférence externe de l'incision de dégagement. Cette manœuvre est particulièrement importante lorsque l'arcade alvéolaire intacte fait cependant une saillie anormale. Plus encore, lorsque cette arcade divisée est comme d'ordinaire proéminente ».

« A condition de pousser le décollement très haut, presque au rebord orbitaire il est ordinairement possible d'amener au contact les bords de la division, sans recourir à des incisions libératrices. Ce large décollement permettra aussi, dans la plupart des cas, d'éviter toute incision complémentaire à la réfection de la narine ».

Dans le traité de Rhinoplastie de Nélaton et Ombrédanne il n'y a aucun chapitre qui étudie cette déformation. Nous trouvons cependant un procédé qui pourra être employé, c'est le procédé de Szysmanowsky.

« L'auteur détache l'aile du nez par une incision transversale, il en fait tomber une seconde perpendiculaire à la première formant ainsi une incision en T. Puis il taille en biseau les lèvres des deux petits lambeaux ainsi délimités, aux dépens de leur face profonde et perfore ces incisions

(1) *Société de technique opératoire*. Monod et Vanverts, tome II, p. 12-13.

Tixier, *Thèse de Paris*, 1904, n° 305.

en biseau avec une épingle qui sert à les maintenir ; les deux petits lambeaux sont alors placés, l'un par rapport à l'autre. Comme les versants d'un toit. Résultat satisfaisant (1) ».

Pour nous, tout en acceptant l'opération de Berger-Jalaguier, nous estimons qu'il y a lieu d'intervenir sur la cloison, parce que nous savons que celle-ci est un facteur important de la symétrie nasale.

Nous proposons donc d'associer à l'opération de Berger-Jalaguier la section horizontale de la cloison, ce que nous avons pratiqué dans plusieurs cas.

(1) Ch. Nélaton et Ombredanne. *Les Autoplasties* 1907, p. 417.

OBSERVATIONS

Les matériaux qui sont servi de base à ce travail sont les observations recueillies dans le service des Enfants Assistés depuis 20 ans.

Nous avons 66 observations de bec-de-lièvre unilatéral simple, 75 observations du bec-de-lièvre unilatéral total. 36 observations de bec de lièvre opéré par différents chirurgiens, dont le résultat n'a pas été satisfaisant et qui ont pu être retouchés par MM. Jalaguier et Veau.

De ces observations nous ne retiendrons que celles d'enfants accomplissant les 2 conditions suivantes :

- a) Revus plus de trois mois après l'opération.
- b) Photographiés face relevée.

Première catégorie (p. 10)

Obs. 1. — Gaston D... *Bec-de-lièvre unilatéral total droit.*

Opéré le 17 oct. 1917. L'écart est très considérable après débrièvement. La lèvre externe de la fente n'arrivait pas au contact de

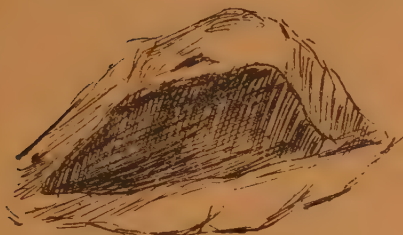
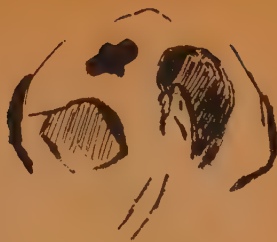


Fig 8



Fig 9



Fig 10



Fig 11



Fig 12



Fig 13

la berge interne. On a dû faire un débridement transversal en dehors au dessous de la narine.

Nous croyons que c'est pour cette raison que le résultat est un des meilleurs que nous ayons obtenus. La narine est peu étalée. (Fig. n° 17).

Obs. 2. — Germaine F... *Bec-de lièvre unilatéral total droit avec un pont de peau au niveau de la berge narinaire.*

Opérée le 23 novembre 1909 à l'âge de 7 mois. Actuellement, la narine est relativement peu étalée, mais la cloison est fortement déviée du côté sain. Le palais doit être refait dans quelques semaines (Fig. n° 3).

Obs. 3. — Madeleine M... *Bec-de-lièvre unilatéral total gauche.*

Petit pont de tégument au seuil narinaire. Une cicatrice existe à droite. Atrophie du tubercule médian. Réfection de la lèvre, à 18 mois le 2 juin 1914. Actuellement la lèvre est très bien refaite et la cicatrice à peine apparente du côté droit est plus marquée qu'avant l'opération.

Les 2 narines sont symétriques.

Obs. n° 4. — Denise I... *Bec-de lièvre unilatéral total gauche.*

Un petit pont de peau rattache la narine à la cloison. Opérée le 10 novembre 1918. Actuellement le résultat semble excellent quand on regarde l'enfant de face, mais quand on relève la tête on voit la déformation caractéristique. (Fig. nos 1 et 2).

Deuxième catégorie p. (10)

Obs. 5. — Raymond M... *Bec de-lièvre unilatéral total droit.*

Ecart considérable. La partie externe de la narine passe en arrière de la saillie de l'intermaxillaire. Pas de division palatine.



FIG. 15



FIG. 16



FIG. 17



FIG. 18

Première opération à 13 mois le 2 février 1914. La suture lâche entièrement ; nouvelle intervention le 29 juillet 1914. La narine est déformée selon le type de la 2^e catégorie. Elle sera retouchée incessamment.

Obs. 6. — André M... 14 mois.

Opéré par M. Jalaguier le 30 juillet 1912, d'un bec-de-lièvre unilatéral total droit. L'écart de la brèche alvéolaire admet le petit doigt. Un an après la narine est éclatée, la cloison est déviée du côté sain.

Obs. 7. — Berthe P... *Bec-de lièvre unilatéral total droit.*

Opérée le 13 mars 1918, à l'hôpital Bretonneau, à l'âge de 6 ans et demi. L'écart est énorme, il admet facilement le pouce. L'opération est plus facile qu'on ne pensait, on n'a pas eu besoin de faire une ostéotomie. Actuellement la déformation du nez est marquée. L'orifice de la narine très large est très étalée. Fig. n° 12. Les 2 lèvres du maxillaire sont encore distantes d'un centimètre. En juin 1920 une première tentative de refaire le palais a échoué, une seconde tentative a réussi en janvier 1921 par le procédé de Lane (Fig. 12).

Obs. 8. — Nicolas F... *Bec de-lièvre unilatéral total gauche.*

Cet enfant avait été opéré 4 fois Peu après sa naissance, sans aucun résultat. Le 7 février 1916. Suture de la lèvre. Actuellement la narine est très étalée. (Fig. n° 11).

Obs. 9. — Marcelle D... *Bec de lièvre unilatéral gauche.*

Opérée à l'âge de 18 mois le 14 janvier 1919. Actuellement les rebords osseux sont séparés par un espace de 3 millimètres. La narine est étalée (Fig. 13).

Obs. 10. — Alexis R... *Bec-de-lièvre unilatéral total gauche.*



FIG. 14 (Obs. 10)

La narine est à peine déviée mais la cloison reste encore légèrement inclinée du côté sain.

Opéré en province. La narine est très étalée (Fig. n° 14). La lèvre a été corrigée par M. Jalaguier.

Obs. 11. — Daniel L... *Bec-de-lièvre unilatéral total droit.*

L'écart est très considérable, réfection de la lèvre à 6 mois le 22 novembre 1915. Le résultat est celui qui est indiqué (Fig. n° 4). Le 20 mai 1915, réfection de la narine suivant le procédé de Berger. Suture de l'orbiculaire avec un catgut 00. Ce résultat a été très bon. Actuellement la na-

Troisième catégorie (p. 11)

Obs. 12. — Suzanne R... *Bec de lièvre unilatéral total droit.*

Opérée le 23 sept. 1915 à l'âge de 2 ans d'un bec de lièvre unilatéral droit. Très grand écart du maxillaire. Actuellement la narine présente le maximum de déformation (Photo n° 16).

Obs. 13. — Paulette L... *Bec-de-lièvre unilatéral total gauche.*

Opérée à l'âge de 7 mois par un chirurgien de Paris.

Correction de la lèvre le 3 mai 1920. Le nez est très déformé. La narine est étroite, mais surtout on aperçoit dans la narine une

saillie considérable, qui est faite par la cloison déviée du côté sain (Fig. 8).

Obs. 14. — Jeanine V..., âgée de 1 an et demi.

Opérée le 1^{er} juin 1918 d'un bec de lièvre unilatéral total gauche, écart considérable. Le bourgeon maxillaire passe devant la berge externe de la fente.

Étalement très marqué de la narine, mais il n'y a pas de dépression du bord antérieur de celle-ci. 14 février 1920. Réfection de la narine par le procédé de Berger. Il existait une communication entre le sillon gengivo-maxillaire et le vestibule de la narine.

Le résultat a été très mauvais. Actuellement la narine est de nouveau étalée, et de plus le bord antérieur, cartilagineux est déprimé (Fig. n° 6).

Obs. 15. — René L... *Bec de lièvre unilatéral total droit.*

Opéré le 10 mars 1910, à 21 mois. L'écart est si grand, qu'il est nécessaire de faire une ostéotomie du maxillaire.

Actuellement la déviation du nez est extrêmement marquée, le bord externe de la narine est reporté sur la joue, et l'on aperçoit dans la profondeur de la fosse nasale, une forte saillie d'apparence polypoïde, qui est la cloison déviée du côté de la fente. (Photo n° 5).

Corrections

Obs. 16. — Michel J... *Bec de lièvre unilatéral droit.*

Ecart considérable du maxillaire. Opéré le 27 juin 1913, à 12 mois. Réfection de la narine le 2 mai 1916 par le procédé de Berger, le résultat actuel est donné par la fig. n° 9.

ZAHARÉANU.

Obs. 17. — Berthe G... *Bec-de-lièvre unilatéral total gauche.*

Opérée par M. Jalaguier en 1890. Une cire conservée à l'hôpital des Enfants assistés montre que la déformation est à son maximum.

La narine a été corrigée suivant le procédé Berger. Le résultat est assez bon. (Fig. n° 10).

Obs. 18. — Léone B... *Bec-de-lièvre unilatéral total gauche.*

Opérée dans un hôpital de Paris peu après sa naissance. Le nez est très étalé et il y a une forte enclave de la muqueuse dans la peau.

Correction de la narine et de la lèvre le 6 nov. 1907 par M. Jalaguier, suivant son procédé.

Cette malade a servi de modèle pour le dessin qui se trouve dans le « Traité de chirurgie » de Monod et Vanverts. (Tome II, p. 13).

Becs-de-lièvre opérés ou corrigés suivant la technique de M. Veau

Obs. 19. — Baptiste L... *Bec-de-lièvre unilatéral total gauche.*

Opéré à l'hôpital Bretonneau le 1^{er} juin 1907 à l'âge de 3 ans. En janvier 1920, la narine est très étalée et le bord antérieur n'est pas concave (2^e catégorie) est fortement dévié du côté sain.

12 février 1921, correction de la narine. Incision du sillon genvivo buccal. On arrive sans difficulté dans les orifices des fosses nasales. Section d'une forte bride qui répond à la cicatrice de la fente. La cloison est isolée. Elle est sectionnée sans difficulté avec les ciseaux et maintenue rapprochée avec un catgut de la partie externe de la fosse nasale fendue. On a eu le tort de ne pas faire

une résection cutanée. Nous sommes encore trop près de l'opération pour apprécier le résultat définitif.

Obs. 20. — Vid... *Bec-de lièvre unilatéral total gauche.*

Ecart très marqué. Opéré le 26 février 1921, à l'âge de 7 mois. Section de la cloison du nez. Désinsertion de l'aile du nez. Débridement sur la face.

L'avenir nous dira si nos espérances sont confirmées.

Obs. 21. — Jacqueline C.. *Bec de-lièvre unilatéral total gauche.*

Opérée à 8 mois, le 9 mars 1921. Nous rapportons cette observation, parce que nous avons appliqué dans son intégrité la méthode que nous avons préconisée ici. Section de la cloison, débridement horizontal sur la face, désinsertion à l'aile du nez (Fig. 15).

Obs. 22. — Carmen D.. *Bec-de lièvre unilatéral gauche.*

Opérée le 30 novembre 1908 par M. Jalaguier, à l'âge de 21 mois. L'écart est resté si considérable qu'il est nécessaire de faire une ostéotomie du côté opposé.

En février 1921, la déformation est très accentuée (Photo n° 18). La narine a été corrigée suivant les principes que nous avons exposés.

1° Résection d'un triangle de peau à sommet inférieur sur la berge narinaire.

2° Incision du sillon gengivo-buccal. Les deux orifices de la narine sont reconnus. La cloison apparaît très oblique, la muqueuse pituitaire est décollée de chaque côté de la cloison. Section de la cloison à la pince coupante. La section est horizontale. La cloison ainsi mobilisée est rattachée à la partie externe de la narine fendue et au tissu dense qui reste à la cicatrice. Le résultat

immédiat est bon. Quand nous aurons revu la malade dans quelques mois nous pourrons apprécier l'efficacité de l'intervention.

Deux mois après l'opération le résultat est excellent.

*
* *

Obs. 23. — Roland M. : *Bec de lièvre unilatéral total gauche petite encoche à droite.*

La fente est extrêmement marquée ; l'os intermaxillaire passe en avant de l'aile de la narine. Restauration de la lèvre le 3 juillet 1914. Actuellement, la lèvre est absolument intacte du côté opéré. La narine est symétrique. (Fig. n° 7). C'est à ce cas que nous avons fait allusion page 17.

CONCLUSIONS

I. — Dans les becs-de-lièvre unilatéraux totaux les procédés actuels permettent d'obtenir toujours et à coup sûr une bonne lèvre caractérisée par :

- a)* l'absence d'enclave muqueuse dans la peau.
- b)* une bonne ligne cutané-muqueuse.
- c)* un bord libre rectiligne.

II. — Mais on n'empêche pas l'étalement de la narine.

III. — Cette déformation disgracieuse affecte trois formes :

- a)* Simple inclinaison de l'axe de la narine.
- b)* Etalement transversal de celle-ci.
- c)* Dépression du bord antérieur cartilagineux.

IV. — Les causes de cette déformation ne doivent pas être recherchées dans les malformations osseuses. Le rôle de la rétraction cicatricielle nous semble accessoire. La cause principale est dans la contraction puissante des muscles de la lèvre.

V. — Pour éviter la déformation de la narine il faut :

- a*) Détacher l'aile du nez (Berger-Jalaguier).
- b*) Débrider en dehors vers la face (Küster).
- c*) Sectionner la cloison (Samter-Koenig) mais plutôt horizontalement que verticalement.
- d*) Couper les muscles qui s'attachent au seuil narinaire du côté opposé.



Vu, le *Doyen*,
H. ROGER.

Vu, le *Président*,
B. CUNÉO.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
PRÉFACE	5
INTRODUCTION	6
Nature de la déformation	9
Causes de la déformation	13
Traitement de la déformation	19
Observations	28
CONCLUSIONS	37

SAINT-AMAND (CHER). — IMP. CLERC-DANIEL.
